Lane Medical Library

Die Eigentümlichkeiten im Verlaufe der Schwangerschaft und Geburt missbildeter Früchte.

Casuistische Beiträge und Beobachtungen der Marburger Frauenklinik.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt der

Hohen medicinischen Facultät der Universität Marburg

von

Heinrich Vittinghoff

pract. Arzt aus Weddinghofen (Regierungsbezirk Arnsberg).

1. Juli 1897.

MARBURG.

Universitäts-Buchdruckerei (C. L. Pfeil).

1897.

Die Eigentümlichkeiten im Verlaufe der Schwangerschaft und Geburt missbildeter Früchte.

Casuistische Beiträge und Beobachtungen der Marburger Frauenklinik.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt der

Hohen medicinischen Facultät der Universität Marburg

von

Heinrich Vittinghoff

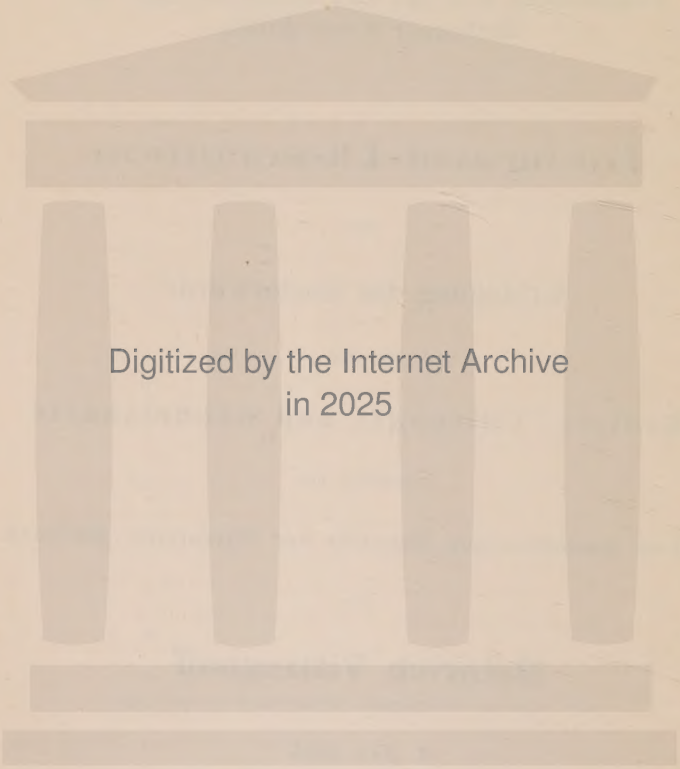
pract. Arzt aus Weddinghofen (Regierungsbezirk Arnsberg).

1. Juli 1897.

MARBURG.

Universitäts-Buchdruckerei (C. L. Pfeil).

1897.


Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dieeigentumliche0000hein

Während die grösseren Werke über Missbildungen des Menschen sich fast ausschliesslich mit der Systematik, Anatomie und vielleicht noch mit der Ätiologie der Missbildungen beschäftigen, berühren sie selbstverständlich die Geburtsvorgänge nur wenig. Ausser Hohl's Monographie „Die Geburten missgestalteter, kranker und toter Kinder, Halle 1850“ giebt es meines Wissens keine zusammenfassende Arbeit der neueren Zeit, sondern nur Abhandlungen über einzelne typische Formen der menschlichen Missbildungen, in denen die Vorgänge in der Schwangerschaft und Geburt genügend Berücksichtigung erfahren haben.

Auch die Lehrbücher der Geburtshülfe zeigen hierin ganz bedeutende Lücken, und es wäre wohl eine ganz verdienstvolle Arbeit, wenn sich eine erfahrene Kraft an die Arbeit machen wollte, eine umfassende Darstellung des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs missbildeter Früchte zu schreiben.

Es würde diese Arbeit freilich einen grossen Aufwand an Zeit und das Studium ungezählter Einzelberichte erfordern; denn überall zerstreut finden sich die casuistischen Beiträge vor. Für den praktischen Arzt jedoch würde ein solches Werk besonders wertvoll sein, wenn er sich mit Hülfe desselben in zweifelhaften Fällen zu orientieren im stande wäre.

Die praktische Seite dieser Frage ist leicht zu demonstrieren. Allein schon die Möglichkeit, vor einem beabsichtigten geburtshülflichen Eingriffe mit Bestimmtheit oder hoher Wahrscheinlichkeit eine Missbildung der Frucht zu vermuten oder festzustellen, muss das Handeln des Arztes wesentlich beeinflussen. Wie bei einem bestimmt abgestorbenen Kinde der Arzt das

Entbindungsverfahren wählen soll, das für die Mutter das schonendste ist, so muss er nach gleichen Regeln handeln, wenn er nachweist, dass eine ausserhalb der Gebärmutter nicht lebensfähige Frucht das Produkt der Schwangerschaft ist.

Ich für meinen Teil kann natürlich nur Bausteine zu einem derartigen Werke liefern, Bausteine, die aber aus dem Grunde einen Wert haben, weil die Beobachtungen der in Frage kommenden Geburten von Seiten geübter Geburtshelfer an einer Klinik gemacht worden sind, während eine grosse Zahl der in der Litteratur veröffentlichten Fälle zum Teil nur auf Erzählungen der Hebammen und anderer zur Beobachtung wenig geeigneter Personen sich stützen.

In der folgenden Arbeit werde ich daher nicht den Hauptpunkt auf die Beschreibung der Missbildungen legen, sobald diese einer typischen Form angehören, sondern ich werde aus den Protokollen in der Hauptsache das entnehmen, was für den Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt, für Diagnose und Therapie Abweichendes von Wichtigkeit ist.

Nach einer kurzen Übersicht der in den Jahren 1885 bis Oktober 1896 in der Marburger Entbindungsanstalt beobachteten Geburten missbildeter Früchte stelle ich die einzelnen Formen mit ihren Eigentümlichkeiten im Verlaufe der Schwangerschaft und Geburt zusammen.

Die Entbindungsanstalt zu Marburg hat unter den in ihr vom 1. Januar 1885 bis zum 20. Oktober 1896 geborenen 3745 Kindern 35 missgebildete zu verzeichnen.

Es verteilen sich diese Fälle auf die einzelnen Jahre wie folgt:

Jahr	Geb.	Missb.	Jahr	Geb.	Missb.
1885	226	5	1891	325	5
1886	283	2	1892	369	5
1887	271	1	1893	375	1
1888	304	5	1894	326	4
1889	319	2	1895	342	2
1890	325	1	1896 (20. Okt.)	280	2

Es kam demnach durchschnittlich auf 107 Geburten ein Kind mit Missbildung = 0,93%.

Es mögen nunmehr die einzelnen Formen von Missbildungen folgen, welche in der Anstalt zur Beobachtung kamen.

I. Hydrocephalie: 4mal.

Fall I (1888. J. Nr. 304). E. B. aus O., 29 J., V. para. Beim Beginn der Wehen waren die kindlichen Herztöne schon langsam; sie betrugen 108, 104 und 114 pr. Min. Die Geburt des bald nacher abgestorbenen Kindes erfolgte spontan. Der Schädel zeigte ungenügende Ossifikation, sehr weite Nähte und geringen Grad von Hydrocephalus.

Fall II (1891. J. Nr. 6). A. P. aus S., 39 J., XI. para. Die Mutter hatte 9mal normal geboren; das 10. Mal kam sie in der Marburger Klinik nieder. Bei Placenta praevia lateralis wurde damals die Wendung nach Braxton Hicks gemacht; das bald darauf abgestorbene Kind konnte wegen Strictur des Muttermundes nur langsam entwickelt werden. Die Placenta wurde manuell entfernt und nachträglich der Uterus noch ausgeräumt.

Bei der nunmehr zu schildernden 11. Entbindung der Frau war die Lagebestimmung des Kindes anfangs wegen der enormen Spannung des Uterus nicht möglich. Da nun die Kreissende stark blutete und durch den Muttermund nach rechts deutlich ein Placentalappen (Placenta praevia lateralis) zu fühlen war, so wurde die Blase gesprengt. Nach dem sofort erfolgenden, reichlichen Fruchtwasserabgange zeigte sich, dass das Kind in II. Schädellage gelegen war.

Es wurde nun nach der Wendung nach Braxton Hicks der rechte Fuss angeschlungen und ein dauernder Zug ausgeübt. Die Blutung stand alsbald vollständig. Die Wehen waren sehr träge, für die Frau kaum wahrnehmbar. Da sich allmählich der Muttermund über den Steiss zurückgezogen hatte, so wurde langsame Extraktion versucht. Nach Entwickelung der Arme fühlte man den Muttermund unter dem Kinn des Kindes zusammengezogen. Zug am Kopf war ganz vergeblich, was irr-

tümlicherweise dem contrahierten Muttermund zugeschrieben wurde.

Da nun der Uterus noch sehr gross war, so wurde an das Vorhandensein einer 2. Frucht gedacht.

Es fiel bei jeder Untersuchung auf, dass das Kinn gegen die Symphyse angedrängt war, sodass es den Anschein hatte, als klemme sich etwas zwischen Kopf und Promontorium, was ein Herabrücken verhindere. — Das Kind war seit Geburt der Schultern abgestorben. — Nach wiederholten, kräftigen Traktionen wurde ein ziemlich bedeutender Hydrocephalus zu Tage gefördert, der also das Hindernis abgegeben hatte.

Bald darauf erfolgte der Abgang eines retroplacentaren Haematoms von 1410 g.

Die Placenta, von der ein kleiner Teil manuell entfernt werden musste, war von eigentümlicher Form. Man konnte an ihr deutlich 3 Lappen unterscheiden und zwar 2 untere kleinere und einen oberen grösseren, an letzterem wieder einen kleineren Lappen. Zwischen den einzelnen Lappen befand sich verödetes Placentagewebe, zwischen dem linken unteren und grossen oberen ein Defekt.

Die Nabelschnur inserierte ganz unten an dem kleinen linken Lappen, war auffallend kurz und dünn und enthielt nur eine Arterie und eine Vene.

Fall III (1894. J. Nr. 9). W. S. aus N., 21 J., I. para, Halbidiotin.

Die Frau hatte ein mässig allgemein verengtes, kindliches, ovales Becken und ausserdem eine Skoliose der Brustwirbelsäule nach links, eine starke Lordose der Lendenwirbelsäule, beiderseits genu valgum, rechts stärker als links.

Das Kind lag in I. unvollkommener Fusslage.

Vor ihrer Niederkunft fühlte Kreissende Drang zum Stuhl. Als sie weggeführt werden sollte, machte sich ihr etwas zwischen den Beinen bemerkbar: es war das bis zum Steiss incl. geborene Kind. Die Nabelschnur erwies sich als bereits pulslos, während noch einige zuckende Bewegungen des Kindes wahrgenommen wurden. Nach Lösung der Arme wurde nur mit

Mühe durch langsamen, allmählich gesteigerten Zug der Kopf entwickelt.

Das Kind, ein frühreifer Knabe mit ausgesprochen hydrocephalischer Kopfbildung, war tief asphyktisch. Sofort unternommene Wiederbelebungsversuche (Frottieren, kalte Übergiessungen, 10 Schultze'sche Schwingungen) blieben erfolglos. Während die Atmung nicht in Gang gebracht werden konnte, war der Herzschlag noch längere Zeit deutlich nachweissbar („überlebendes Herz").

Fall IV (1894. J. Nr. 308). C. B. aus G., 27 J., IV. para. Kreissende, welche ein rhachitisch-plattes, allgemein verengtes Becken mit 9,2 cm. Conj. diag. (Conj. vera auf 8 cm. geschätzt) besass, hatte 3 mal stets grosse Kinder geboren; die beiden ersten mussten mit der Zange extrahiert, das dritte perforiert werden. Bei der nunmehr zu schildernden 4. Entbindung befand sich das Kind in I. Querlage, 1. Unterart.

In Anbetracht dessen, dass durch ein Becken von knapp 8 cm. Conj. vera ein Kopf eines normalen Kindes aus der 35. Woche noch hindurchgeht, wurde um diese Zeit durch Einlegen eines Barnes-Fehling'schen Tampons in den stark narbig verengten, äusseren Muttermund die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Daneben wurden wiederholt Vollbäder mit heisser Scheidendouche in Anwendung gebracht. Nach Erweiterung des Muttermundes wurde zur Wendung geschritten. Beim Sprengen der Blase entleerte sich sehr reichliches Fruchtwasser. Es wurde nun der rechte Fuss herabgeholt. Nach Geburt der Füsse drehte sich der Rücken nach vorn und dann nach links. Nach Lösung der Arme musste beim Durchziehen des Kopfes ziemliche Gewalt angewendet werden, obwohl Walcher'sche Hängelage den Durchtritt erleichterte. Als der Kopf bereits im Becken stand, machte das Heraushebeln noch Schwierigkeiten, da der Muttermund sich stark contrahierte. Infolge dessen trat der Kopf so plötzlich durch die Schamspalte, dass ein ziemlich tiefer Scheidendammriss erfolgte. Das Kind, ein Hydrocephalus aus der 35. bis 36. Woche, wurde tief scheintot geboren. Nach Reinigung der Luftwege in ein warmes Bad gebracht machte es noch 5 schnappende Bewegungen und war dann tot.

Gleich nach der Extraktion des Kindes quoll reichlich hellrotes Blut aus den Genitalien. Die Digitalexploration stellte im Inneren des Cervix einen anscheinend ziemlich oberflächlichen Riss fest. Da an eine Vernähung kaum zu denken war, so wurde der Uterus kräftig massiert und eine heisse intrauterine Ausspülung gemacht, worauf die Blutung nachliess. Die Frau hatte im ganzen ca. 1500 g Blut verloren.

Eine Zusammenstellung über die Frequenz und die Lagen hydrocephalischer Kinder findet sich in der Dissertation von E. Levy (München 1896). Nach F. Winckel kommen nämlich Beckenendlagen 5 bis 6 mal häufiger bei Hydrocephalis, wie bei andern Kindern vor.

Über Irrtümer in der Diagnose bei Hydrocephalie finden wir in der Litteratur folgendes:

Carus berichtet, dass bei einem Mädchen die Schädelknochen so unvollkommen entwickelt waren, Stirn-, Pfeil- und Lambdanaht so weit auseinander standen, dass man es an dem sich zur Geburt stellenden Kopf für Hydrocephalus internus hielt.

Hohl erwähnt, wie in einem Fall eine „blutwässerige Anhäufung“ an dem Kopfe eines gesunden Kindes für Wasserkopf, in einem andern der Kopf eines in Fäulnis übergegangenen Kindes für hydrocephalisch gehalten wurde.

Merriman berichtet, wie eine Hebamme vor dem Kopf des Kindes eine Geschwulst gefühlt, deshalb einen Wundarzt habe rufen lassen und dieser die überfüllte Harnblase für einen Wasserkopf gehalten, sie punktiert und dadurch die arme Frau für den Rest ihres Lebens unglücklich gemacht habe.

Öfters schon wurden die während der Wehe gespannten Kopfhäute eines Hydrocephalus für die Blase der Eihäute gehalten. So erzählt Baudelocque, dass eine Hebamme in diesem Irrtum vergeblich bemüht gewesen sei, mit dem Finger die Blase zu sprengen, endlich die Öffnung mit der Spitze einer Schere bewirkt und so das Wasser aus dem Kopfe, das sie für Fruchtwasser gehalten, zum Abfluss gebracht habe.

Auch für Kopfgeschwulst wurde der Wasserkopf gehalten (cf. F. B. Osiander's Annalen Bd. I, 2; S. 54).

Die Entbindung erfolgte in unseren Fällen 1mal spontan und 3mal durch Extraktion, nachdem 1mal die Wendung ausgeführt und 1mal die künstliche Frühgeburt eingeleitet war. Punktiert wurde kein Schädel; dagegen wurde eine der kindlichen Leichen dazu verwandt, nach der Methode von Cohnstein vom Wirbelkanale aus hydrocephalische Flüssigkeit zu entleeren.

Lange giebt 6 Fälle von Hydrocephalie an, in denen 4mal punktiert, 1mal bei geringem Grad von Wasserkopf die Zange angelegt und 1mal der zuletzt kommende Kopf durch den mit einem Zuge am Unterkiefer combinierten Prager Handgriff entwickelt wurde.

Wiederholt wurde auch beim Leben eines Hydrocephalus der Kaiserschnitt angewendet. Die Resultate der Operation nach dem Tode der Mutter geben uns freilich für den Ausfall in Hinsicht auf das Leben des Kindes keinen Anhalt. In einem von Hein berichteten Falle wurde das Kind tot extrahiert und in dem von d'Outrepont mitgeteilten war das Kind schon in Fäulnis übergegangen.

Ferner berichtet

Böhr	über	17	Fälle,	bei	denen	10	mal,
Chassinot	„	28	„	„	„	18	„
Hohl	„	77	„	„	„	63	„
Schuchard	„	16	„	„	„	12	„
Winckel	„	60	„	„	„	33	„

operativ vorgegangen werden musste; durchschnittlich machen demnach $^2/_3$ der Fälle von Hydrocephalus Kunsthülfe notwendig.

Von den 4 in der Anstalt geborenen Kindern waren 2 ausgetragen und 2 nicht ausgetragen; 2 wurden tot geboren und 2 starben sogleich nach der Geburt.

Ähnlich schlechte Resultate finden wir auch anderwärts. Von 60 Wasserköpfen waren nach Chassinot 41 tot geboren; von den 19 lebenden (7 mal Geburt spontan erfolgt) starben 15 innerhalb der ersten 21 Lebensjahre, 4 lebten also noch; davon war einer geheilt. Aber in diesen letzteren Fällen hatte der Hydrocephalus nur einen geringen Umfang. Von 60 Fällen Winckel's wurden 17 lebend geboren; allein 7 derselben

starben in wenigen Stunden. Die Mortalität würde demnach ca. 83% betragen.

Von manchen Autoren wurde das wiederholte Vorkommen der Missbildung bei Kindern ein und derselben Mutter beobachtet. So teilt P. Frank mit, dass eine Mutter 7 wasserköpfige Kinder gebar, und Goehlis kannte eine Frau, die 6mal Wasserköpfe zur Welt brachte. Castelli berichtet von einer Frau, die nach 4 wohlgestalteten Kindern ein Kind mit hydrocephalischem Sack und darauf ein zweites mit Hydrocephalus gebar.

Die Wöchnerinnen blieben in unseren Fällen alle am Leben. Dagegen starben nach

Hohl	in 77	Fällen	21	Mütter	= 26%,
F. Winckel	„ 60	„	10	„	= 17%,
Schuchard	„ 73	„	13	„	= 19%,
Zweifel	„ 94	„	24	„	= 26%.

Veit sah unter 9 Fällen von Hydrocephalus 4mal Uterusruptur; letztere erfolgte in 73 Fällen von Schuchard 14mal und in 60 Fällen Winckel's 8mal.

Das Fruchtwasser war in unseren Fällen stets vermehrt. Hohl fand dasselbe in zweien seiner Fälle von einer auffallenden ziegelartigen Färbung.

Osiander giebt an, dass er bei einem Übermass von Fruchtwasser öfters die Frucht wassersüchtig gefunden habe, und Carus, Schneider und El. v. Siebold meinen, dass der wassersüchtige Zustand des Eies sich auf den Foetus fortpflanzen könne; und sie sahen unter dergleichen Verhältnissen Kinder mit Hydrocephalus und Bauchwassersucht geboren werden.

So fand auch Martin bei vielem Fruchtwasser einen enormen inneren Wasserkopf und Haase bei einer grossen Menge von Fruchtwasser einen Wasserkopf von bedeutendem Umfange.

II. Mikrocephalia mit Encephalocele: 1 mal.

(1888. J. Nr. 280). L. L. aus R., 20 J., I. para.

II. Schädellage. Frühzeitiger Abgang des Fruchtwassers. Vorfall einer Nabelschnurschlinge, die nicht mehr pulsierte. Spontane Geburt einer fast reifen, toten Frucht mit Mikro-

cephalie, kleiner, penisförmiger Encephalocele oberhalb der kleinen Fontanelle und mit Amnionadhäsion. Von den Eihäuten fehlten Decidua und Chorion fast ganz. Die Menge des Fruchtwassers war anscheinend normal.

Über einen Fall von einer intrauterin geheilten Abschnürung einer Encephalocele nasofrontalis, welcher der Anstalt von auswärts zugeschickt und von Prof. Marchand untersucht wurde, berichtet die Dissertation von Salgendorff; Abbildungen beider Fälle finden sich in der „Festschrift zur Feier des fünfzigjährigen Jubiläums der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie in Berlin" (Wien 1894).

III. Defekt der Kopfhaut: 2 mal.

Fall I (1888. J. Nr. 301). Th. S. aus G., 23 J., II. para.

Normale Geburt in I. Schädellage. Das Kind zeigte auf dem Scheitel einen Haar- und Hautdefekt. Derselbe stellte eine frisch-granulierende Wunde dar, an deren Rand das Stadium der Überhäutung bereits begonnen hatte. Die Wunde lag 2 cm vor der kleinen Fontanelle; die Sagittalnaht klaffte breiter, als gewöhnlich (cf. Abbildung in der oben erwähnten Festschrift). An den Eihäuten war ein Amniondefekt vorhanden, Fruchtwasser normal.

Fall II (1896. J. Nr. 279). B. L. aus E., 26 J., I. para.

II. Fusslage, 2. Unterart. Unter kräftigen Wehen trat zuerst der linke Fuss tiefer, während der Rücken sich ein wenig nach vorn drehte. Darauf wurde der rechte Fuss herabgeholt und das Kind bis zum Steiss spontan geboren. Nach Lösung der Arme wurde der Kopf durch den Veit-Smellie'schen Handgriff ohne Schwierigkeiten entwickelt.

Auf dem Hinterhaupte des nicht ganz reifen, weiblichen Kindes befand sich in der Gegend der kleinen Fontanelle ein bis zum Knochen reichender, 50Pfennigstück grosser, ovaler Defekt der Kopfhaut. Derselbe war mit einer zarten Haut überdeckt, die keine Haare trug, während um den Rand des Defektes ein Büschel besonders langer Haare sass.

Neben einer tubulösen Verwachsung des Amnions mit der Kopfhaut war die Placenta durch eine grosse Schultze'sche Falte ausgezeichnet.

Fruchtwasser: normale Menge.

Hieran anschliessend möchte ich noch eines dritten Falles Erwähnung thun, welcher von auswärts eingeschickt wurde. Es war dieses eine kleine Kindesleiche, die wiederum den Hautdefekt auf der Höhe des Scheitels aufwies. Das Kind war im Beckenendlage geboren.

Eine Hebamme hatte überhaupt nicht untersucht; die Scheitelwunde war sofort nach der Geburt vom Arzte bemerkt worden — Gründe genug, um von vornherein die Wunde nicht für eine artificielle, im Laufe der Geburt enstandene zu erklären.

Die kleine, aus dem sechsten Monat stammende Frucht besass ausser der Kopfwunde noch überzählige sechste Finger an beiden Händen und schliesslich am rechten Fuss noch eine sechste Zehe.

Die der Leiche beigefügte Placenta zeigte gleichfalls bemerkenswerte Anomalien. Die Nabelschnur führte nur eine Arterie, dafür aber 2 mit Blut gefüllte Dottergefässe. Es war ferner eine grosse Schultze'sche Falte vorhanden, in deren Umschlagsrande sich das Dotterbläschen mit dem Dotterstrange befand. Über diesen Fall berichtet genauer die Dissertation von Matthes: Über angeborene, noch nicht verheilte, umschriebene Hautdefekte bei Neugebornen; Marburg 1894. Die neueren in der Anstalt beobachteten Fälle sind in der Dissertation von R. Friedrich, Marburg 1897 mit aufgenommen: Ueber Filamenta amnii tubulosa.

IV. Übervererbung eines Fleckes weisser Haare: 1 mal.

(1885. J. Nr. 215). H. D. aus W., 29 J., III. para.

Während der Schwangerschaft gab die Frau an, öfters minutenlanges Klopfen im Unterleibe zu haben. Die Geburt verlief normal bei I. Schädellage. Die Nachwehen waren sehr schmerzhaft. Das Kind hatte auf dem Kopfe an derselben Stelle, wie die Mutter, ein weisses Haarbüschel von 3,5 cm

Länge und 3 cm Breite. Auch die Mutter der Wöchnerin und noch einige andere Familienglieder hatten diesen Haarfleck besessen.

Fruchtwasser: ziemlich reichlich.

V. Hemicephalie: 2mal.

Fall I (1889. J. Nr. 296). L. M. H. aus N., 27 J., II. para

Die Frau hatte vor der Schwangerschaft stärkeren Ausfluss; es wurden ihr daher vom Arzt Ausspülungen verordnet, die noch bis in die Schwangerschaft fortgesetzt wurden.

Vor ihrer Niederkunft hatte Kreissende schon 3 Wochen lang wegen grosser Ausdehnung des Leibes (110 cm), welche auf Hydramnion beruhte, an heftigen, fortdauernden Schmerzen, ferner an Schlaflosigkeit und unstillbarem Erbrechen gelitten.

Wegen der vorgerückten Schwangerschaft wurde nicht die Diagnose „Zwillinge" gestellt, vielmehr an Missbildung gedacht. Durch künstliches Sprengen der Blase und langsames Abfliessenlassen von 6½ l Fruchtwasser wurden sofort Schmerzen und Erbrechen beseitigt.

Das Kind, welches anfangs in Kopf-Schulterlage gelegen war, rückte nun alsbald mit dem Kopfe zum Muttermunde heraus, und der untersuchende Finger fühlte jetzt deutlich einen Defekt des Schädeldaches mit dem Eingange in den Wirbelkanal vorliegen. Die Einstellung gestaltete sich allmählich so, dass hinter der Schamfuge die linke Schulter herabrückte und man hinter letzterer auf die Schädelbasis (foramen magnum) und die Wirbelsäulenöffnung kam.

Da nun aber innerhalb mehrerer Stunden ein Fortschreiten der Geburt nicht zu bemerken war, so wurde in die Achselhöhle eingehakt und leicht der Arm entwickelt. Ein Zug an letzterem beförderte sodann den kleinen Kopf über den Damm in die Höhe und weiterhin das ganze Kind, welches bereits geringe Macerationserscheinungen bot.

Die Frucht war ein weiblicher Hemicephalus von 35 Wochen und einem Gewicht von nur 1690 g. An den Eihäuten war nichts Abnormes nachweisbar.

Fruchtwasser: 6½ l; Hydramnion.

Fall II (1891. J. Nr. 36). K. J. aus O., 32 J., II. para.

Bei der Untersuchung der Frau während der Schwangerschaft fühlte man in der Gegend des Nabels deutlich eine abgrenzbare Geschwulst, die in der Uteruswand sass; sie wurde für ein Fibrom gehalten. 5 Tage später war der Tumor nicht mehr zu fühlen; im Gegenteil, die Stelle fühlte sich weicher an.

Als Gebärende kam die Frau, nachdem sie zuvor angeblich von Wehen nichts gemerkt hate, nach dem plötzlich erfolgten Blasensprunge unter Abgang reichlichen, missfarbenen Fruchtwassers auf den Gebärsaal. Bewegungen des Kindes hatte sie seit ca. 3 Wochen nicht mehr bemerkt. Bei der Untersuchung schien durch den Muttermund, welcher die Grösse eines 2Markstückes hatte, eine Patella, also ein Bein zu fühlen zu sein. Nach weiterer Eröffnung wurde das zugehörige Extremitätenende herabgeholt: es war der linke Fuss; das Kind hatte sich also in I. Knielage befunden.

Bald darauf erfolgte spontan die Austreibung eines macerierten, männlichen Hemicephalus mit Spaltung der Wirbelsäule und rudimentärem Penis.

Die Untersuchung der Wöchnerin an ihrem Abgangstage ergab mit Wahrscheinlichkeit ein interstitielles Fibrom der vorderen rechten Uteruswand.

An den Eihäuten fehlte die Hälfte der Decidua; das sehr reichliche Fruchtwasser sah, wie schon erwähnt, missfarben aus.

Ein dritter Fall von Hemicephalie wurde der Anstalt vor einigen Monaten aus Östrich im Rheingau zugesandt.

Wie die Mitteilungen des Arztes und der Hebamme besagten, war die Mutter eine VII. para, ihr letztes Kind 3 Jahr alt. Der Leib der Frau war vor dieser letzten Entbindung durch reichliches Fruchtwasser stark ausgedehnt. Dazu gab sie selbst an, es läge ihr das Kind wie ein „schwerer Klumpen“ im Leibe.

Die untersuchende Hebamme fühlte rechts hinten einen harten Gegenstand, welcher sich später als Kopf herausstellte.

Die Geburt, welche für die Frau mit den grössten Schmerzen

verknüpft war, erfolgte schliesslich spontan. — Das Kind starb alsbald nach 3—4 Atemzügen.

Die 2750 g schwere, männliche Frucht sah thatsächlich wie ein Klumpen aus. Der Kopf glich dem eines Hemicephalus und war sehr stark nach rückwärts gebeugt; er lag, ohne Hals in den Rücken übergehend, der Mitte der Brustwirbelsäule auf. Die rechte Gesichtshälfte war eingedrückt.

Die Brust des Kindes war sehr weich, von Brustbein und Rippen kaum etwas zu fühlen. Die Claviculae schienen ganz zu fehlen, sodass man die Schultern vorn leicht bis auf 2 cm zusammenbringen konnte. Der Rücken sah auffallend klein aus; die Strecke vom Hinterhaupt bis zum Anus betrug nur 10 cm. Es bestand ausserdem eine überhäutete Rhachischisis der Lendenwirbelsäule ohne Tumor.

Über das wiederholte Vorkommen der Missbildung berichtet Ramsbotham, dass eine Frau 6mal gebar, darunter 3 mal Kinder mit Schädelmangel. Das Fruchtwasser war in den letzteren Fällen stets in grosser Menge vorhanden, nicht aber bei den Geburten der normalen Kinder. Diese Erfahrung, welche bereits Hohl, Suchier, Mauriceau, Krieg, Schreiber, Klein u. a. machten und die auch durch unsere Fälle bestätigt wird, kann besonders zur Diagnose beitragen. Ebenso verhält es sich in Rücksicht auf die Bewegungen des Foetus. So hebt Mauriceau die starken Bewegungen besonders hervor, und in einem anderen Falle finden wir angegeben, dass die Schwangere die Lage des Kindes anders als sonst gefühlt habe, auch die Bewegungen stark und häufig gewesen seien. Dieses fand auch in einem Falle statt, der in dem Edinburg. med. and. surg. Journal 1821 mitgeteilt ist.

Meckel führt an, das Hemicephali häufig zu früh geboren würden, eine Angabe, die auch durch unsere Fälle bestätigt wird. Unter 26 Fällen Hohl's war die Geburt 20mal am regelmässigen Ende, 5mal im 7. und 1mal im 8. Monat. In dem ersten unserer Fälle konnte schon vor der Geburt Hemicephalie diagnosticiert werden. Ahlfeld gelang es sogar, bei einem Kinde, das sich in Beckenendlage befand, durch äussere Untersuchung aus

dem palpatorisch nachweisbaren Mangel des Schädeldaches diese Diagnose zu stellen.

Über geburtshülfliche Operationen, welche bei Hemicephalie in Anwendung gekommen sind, finden wir in der Litteratur folgendes:

J. D. Busch führte bei einem osteomalacischen Becken mit einer Exostose am Vorberg die Perforation aus. Die Schädelhöhle enthielt aber nur 2 kleine Teile einer hirnartigen Masse, zugleich war der Kopf recht klein. Es war daher die Perforation nutzlos, und musste der stumpfe Haken gebraucht werden, welcher sich auch zur Entwicklung der breiten Schultern als zweckmässig erwies.

Nach einer Mitteilung von Hauck wurde in einem Falle die Zange mit Erfolg angewandt, wobei aber auch die Schultern kein Hindernis abgaben, der Kopf sehr klein gewesen zu sein scheint und wohl auch die Schultern mitgefasst waren. v. Siebold legte bei einem Hemicephalus, der im Becken stand, seine kleinere Zange an und enwickelte leicht den Kopf; die breiten Schultern dagegen konnten nur mit grosser Kraftanstrengung entwickelt werden. Auch in einem anderen von v. Siebold angeführten Falle wurde die kleine Zange gebraucht, weil man den Kopf für den Steiss hielt. In einem von Osiander mitgeteilten Falle gelang es nicht, den mangelhaften, in seinem ganzen Umfang in der Mitte des Beckens frei stehenden Kopf mit der engen Levret'schen Zange zu extrahieren. Da nun eine weitere Untersuchung das Hindernis in den sehr breiten Schultern und in den auf dem Schambein ruhenden Armen erkennen liess, zog er erst den rechten, dann den linken Arm nicht ohne Schwierigkeiten hervor, worauf der übrige Körper ungehindert folgte.

Schneider teilt einen Fall mit, wo die 2 bei Hemicephalen vorkommenden Erhabenheiten mit der zwischen ihnen befindlichen Vertiefung für die Hinterbacken und den After gehalten wurden. Es sollten die Füsse herabgeleitet werden; allein sie wurden nicht gefunden. Ein herzugerufener zweiter Geburtshelfer nahm eine Gesichtslage an. Die Zange, welche er anlegte, glitt indess ab.

Ein zweites Anlegen führte zu demselben Resultat und eine Konsultation mit einem dritten Geburtshelfer zu einer dritten Zangenanlegung.

Endlich wurde der abnorme Kopf zu Tage gefördert; allein die Schultern machten noch Mühe, da sie relativ breit waren.

Zwar extrahierte Kretschmar mit der Zange den sehr kleinen Kopf eines Hemicephalen; die Handgriffe hatten sich jedoch ganz genähert und die Zange unter dem Kinn einen festen Punkt gefunden. Der Rumpf wurde noch mit dem scharfen Haken extrahiert.

Mauriceau fand durch Blutung und Ohnmacht der Kreissenden die Extraktion indiciert. Da der monströse Kopf vorlag, wendete und extrahierte er das starke Kind ohne Schwierigkeit.

Auch de la Motte wendete und extrahierte einen Hemicephalus, der mit der Seite vorlag, mit Leichtigkeit. Ebenso leicht extrahierte er einen anderen Hemicephalus an den Füssen.

Krieg wandte ebenfalls die Extraktion an, ebenso auch Spessa, Oberteufer, Suchier, Hohl u. a. Bei Placenta praevia, die mit den Hirnhäuten des Hemicephalus verwachsen war, wendete Zwank, worauf das Kind plötzlich durchschoss.

Nach den Resultaten, welche die angeführten Entbindungsfälle liefern, machen sich also die Wendung und Extraktion, sowie der Gebrauch des stumpfen Hakens öfters nötig, das hemicephalische Kind zu Tage zu fördern.

VI. Hasenscharte und Wolfsrachen: 5mal.

Fall I (1886. J. Nr. 114). H. H. aus S., 22 J., I. para.

Die Frau besass ein überweites Becken, II. Gesichtslage verwandelte sich bei einem Übermass von Fruchtwasser durch Seitenlagerung in I. Schädellage.

Die spontan geborene Frucht hatte Hasenscharte, Wolfsrachen und ein kleines Muttermal auf dem Rücken.

Fall II (1892. J. Nr. 159). S. E. aus M., 42 J., XIII. para.

Kreissende litt an Nephritis mit starken Ödemen. Der Uterus war äusserst prall gespannt (108 cm Leibesumfang),

sodass die Frau an Schwindelerscheinungen und heftigen Schmerzen litt. Es waren keine Kindesteile zu fühlen, keine Herztöne wahrnehmbar. Es wurde an Hydramnion und Gemini und, da die Frau blutete, an frühzeitige Placentarlösung gedacht.

Nach dem Blasensprunge, bei welchem bräunliches Fruchtwasser abfloss, erfolgte unter starkem Mitpressen der Gebärenden die spontane Geburt einer frisch-toten Frucht aus dem 6. Monat mit doppelseitiger Hasenscharte und Wolfsrachen.

Die Placenta, die sich vorzeitig gelöst hatte, war sehr zersetzt und enthielt ein grosses Haematom.

Fruchtwasser: ziemlich reichlich.

Fall III (1894. J. Nr. 18). F. M. aus F., 31 J., II. para.

Bei einer Untersuchung während der Schwangerschaft waren über dem kindlichen Rücken zuckende Bewegungen sichtbar und fühlbar (Zwerchfellkrampf). Die Geburt erfolgte spontan in I. Schädellage. Das Kind hatte eine rechtsseitige Hasenscharte, Phimosis und auf der Vorhaut 2 kleine, mit weisslicher Flüssigkeit gefüllte Bläschen.

Fruchtwasser: etwa 1 l.

Fall IV (1894. J. Nr. 260). F. K. aus S., 22 J., I. para.

Normale Geburt in II. Schädellage. Kind zeigte doppelseitige Hasenscharte und rechtsseitige Gaumenspalte. Die weichen Schädelknochen besassen weite Fontanellen.

Placenta, Eihäute und Fruchtwasser normal.

Fall V (1895. J. Nr. 173). S. B. aus B., 23 J., I. para.

Normale Geburt in II. Schällage bei Bestehen von Hydramnion. Die frühreife Frucht war ein Mädchen mit Hasenscharte, Wolfsrachen und amniotischen Wachstumsstörungen an der linken Hand und dem linken Fuss.

Die Placenta zeigte amniotische Fäden.

Von der Nabelschnur ging ein grösserer amniotischer Strang aus, ein kleinerer von einer Stelle der Placenta. An der dem grösseren Strange gegenüberliegenden Eihautstelle sah man einen Defekt des Amnions, wo wahrscheinlich der Strang intrauterin angeheftet war.

Erwähnenswert ist, dass die Missbildung öfters bei mehreren Kindern derselben Mutter vorkommt. So teilt Bianchi mit, dass eine Mutter 2 Kinder mit Hasenscharte, und Dressel, dass eine Frau unter 5 Kindern 4 mit Hasenscharte geboren habe.

VII. Auricularexcrescenzen: 1mal.

(1889. J. Nr. 89). A. H. aus B., 32 J., IV. para.

Die Wehen waren meist schwach; der Muttermund eröffnete sich daher nur langsam. Im übrigen war die Geburt normal (I. Schädellage).

Dicht vor dem rechten Ohr des Kindes befanden sich zwei mit normaler Haut bedeckte Auswüchse, von denen der eine nur kurz, der andere länger und walzenförmig war.

Das reichliche Fruchtwasser war durch Mekonium verunreinigt.

VIII. Struma: 2mal.

Fall I (1891. J. Nr. 202). E. H. aus F., 23. J., III. para.

Geringes Hydramnion. Kind wurde geboren in II. Schädellage und hatte Struma und Ödeme, welch' letztere nach einiger Zeit zurückgingen. Es erfolgte jedoch nach 14 Tagen der Tod an eitriger Meningitis.

Fruchtwasser: etwa 2 l.

Fall II (1891. J. Nr. 292). A. B. aus H., 28 J., III. para.

Normale Geburt in II. Schädellage. In der Nachgeburtsperiode erfolgte die Bildung eines grossen Haematoms und die spontane Geburt der Placenta, welche einen schwach ausgeprägten Fibrinring zeigte.

Das Kind hatte Struma mässigen Grades.

Eihäute und Fruchtwasser waren normal.

Beide Früchte wurden in II. Schädellage geboren, während Hecker, Ahlfeld, Löhlein u. a. wiederholt Gesichtslage fanden, welche die erwähnten Autoren dadurch erklären, dass durch die Struma eine Annäherung des Kinnes an die Brust verhindert werde.

Was die Heredität anbetrifft, so besass keine von den beiden Müttern einen gleichen Tumor, wenn auch Sonnenberg

angiebt, dass sich Struma congenita fast ausschliesslich bei Kindern von Eltern mit Kropf finde.

Eine ausführliche Litteraturangabe findet sich in Vonwiller, Über einige angeborene Tumoren. J.-D.; Zürich 1881.

IX. Spaltung des Kehlkopfs: 1mal.

(1891. J. Nr. 290). M. K. aus G., 27 J., II. para.

Nach dem Blasensprunge, bei welchem eine grosse Menge Fruchtwasser abfloss, ergab die Untersuchung nur ein Kind in II. Schädellage, während man früher wegen des grossen Leibesumfanges (111 cm) Zwillinge stark vermutet hatte.

Der Muttermund öffnete sich nur langsam. Nach der spontan erfolgenden Geburt des Kindes stürzte plötzlich die Placenta und eine beträchtliche Menge Blut aus der Scheide.

Das Kind wurde leicht scheintot geboren und holte nur oberflächlich Atem; es starb trotz mehrfach angestellter Wiederbelebungsversuche am 3. Tage.

Die Sektion ergab ein Spaltung des Kehlkopfs oder vielmehr einen hinten offenen Ringknorpel, ferner eine mangelhafte Entwicklung der linken Lunge, eine Uvula bifida und eine doppelte Herzspitze.

Placenta und Eihäute normal.

Fruchtwasser: sehr reichliche Menge.

X. Halskiemenfistel: 1mal.

(1887. J. Nr. 243). K. B. aus R., 29 J., III. para.

Kreissende, welche ein einfach-plattes Becken besass, hatte zweimal geboren. Das erste Mal war das Kind mit der Zange, das zweite Mal (Beckenendlage) mit der Hand extrahiert. Bei der 3. Niederkunft fand sich I. Schädellage vor. Es wurde wegen engen Beckens durch Einlegen eines Bougies und durch Wattetamponade die künstliche Frühgeburt eingeleitet, später nach der Wendung, wobei noch die Nabelschnur vorfiel, das Kind extrahiert. Letzteres war tief asphyktisch, wurde jedoch bald wieder belebt. Bei Betrachtung desselben fand sich eine linksseitige Halskiemenfistel.

Fruchtwasser: sehr viel.

XI. Spina bifida: 1mal.

(1895. J. Nr. 4). E. T. aus S., 25 J., I. para.

Bei der Untersuchung der Gebärenden fühlte man hinter der Fruchtblase eine mässige Menge Fruchtwasser und als vorliegenden Teil eine eigentümlich sich anfühlende Körperstelle; auf der rechten Seite der Frau tastete nämlich der Finger einen weichen Wulst, in dessen Mitte ein schmaler Bürzel verlief. Drückte der Finger die Haut ein, so kam er in eine runde Öffnung vom Umfange des Zeigefingers, welche von knöchernen Rändern umgeben war. Der erste Gedanke war an Gesichtslage und zwar um so mehr, als nach links von jenem Wulst eine Einziehung gefühlt wurde, deren Berührung Bewegung auslöste, welche als Saugbewegungen imponierten. Als nun aber weiter mit dem Finger in die Höhe gegangen wurde, liessen sich Knochenränder erreichen, die sich wie die Kämme von Darmbeinschaufeln anfühlten. Schliesslich wurde auch die Leistenbeuge des Kindes erreicht und damit die Diagnose auf Steisslage gestellt. Die durch die Fruchtblase gefühlten, scheinbaren Saugbewegungen waren wohl durch Kontraktion des m. sphincter ani bedingt gewesen. Bezüglich des oben geschilderten Wulstes musste nun an eine abnorme Bildung gedacht werden; das Genauere liess sich erst nach dem Blasensprunge eruieren.

Die äussere Untersuchung bestätigte die Diagnose II. Steisslage.

Nach dem Blasensprunge wurde der Muttermund handtellergross vorgefunden. Der Steiss befand sich in Beckenmitte, die Afteröffnung war deutlich fühlbar; dagegen machte die Erkennung des Dammes noch Schwierigkeiten.

Zunächst wurde wieder der oben erwähnte Wulst gefühlt, dessen Ränder die grossen Schamlippen vortäuschen konnten; doch blieb dann die runde Öffnung in der Tiefe des Wulstes unerklärt, abgesehen von der Deutung als Introitus vaginalis, welche allenfalls der allseitigen, knöchernen Umrandung entsprochen hätte.

Als dann weiter mit der rechten Hand untersucht wurde, fühlte man links einen Beutel mit einem kleinen, bohnenförmigen,

beweglichen Körper, also zweifellos den Hodensack mit einem Hoden. Nunmehr konnte die rechtsseitige, wulstige Stelle mit Sicherheit als eine Spina bifida angesprochen werden.

Die nach der Geburt vorgenommene Inspektion bestätigte diese Diagnose und zwar bei einem lebenden, reifen Knaben. Die sehr dünne Placenta hatte an einer Längsseite einen bogenförmigen Einschnitt; Eihäute und Fruchtwasser waren normal.

Die Geburt erfolgte in unserem Falle spontan, wie auch Manthner, Momberg, Lotzbeck u. a. Fälle beobachteten, in denen trotz bedeutender Geschwülste keine Kunsthülfe notwendig war. Dagegen beschreibt Saxtorph einen Fall, wo die Geburt erst nach Berstung des Tumors erfolgte. In 8 Fällen Hohl's war 4mal Kunsthülfe notwendig. Letzterer Autor erwähnt auch, dass eine Hebamme einmal in ihrer Unkenntnis den Sack mit einer Stricknadel geöffnet habe.

In unserem Falle handelte es sich um eine Steisslage, während die meisten Früchte in Schädellage geboren werden, offenbar deshalb, weil der Steiss mit der Geschwulst nicht genügend Platz in dem unteren Uterinsegment hat.

Im Gegensatz hierzu fand Hohl unter 8 Fällen

2mal fehlerhafte Lage,
5 „ Steisslage,
1 „ Kopflage.

Die Diagnose, welche in Steisslage bei sich vordrängendem Tumor besonders schwierig ist, wurde in unserem Falle doch schon vor der Geburt richtig gestellt.

Zweifel giebt an, dass in solchen Fällen die oft gleichzeitig vorhandenen Klumpfüsse, welche bekanntlich nach Ahlfeld eine sekundäre Erscheinung infolge der Veränderungen im Wirbelkanal sind, den Untersucher auf eine Spina bifida hinweisen müssten.

XII. Brust- und Bauchspalte: 1mal.

(1892. J. Nr. 270). K. B. aus Z., 26 J., I. para.

Nach dem Blasensprunge fühlte man bei der Kreissenden anstatt eines Kindesteiles eine grosse, weiche, schwammige

Masse, welche man für die Placenta halten konnte, zumal da etwas Blut abging. Man fühlte ferner einen kleinen Teil, den man für ein Bein hielt; später stellte sich allerdings heraus, dass es der rechte, verkrüppelte Arm war, dessen Hand eine Tatzenform zeigte. Ziemlich hoch oben erreichte man mit Mühe einen ungleichmässig harten Teil, der als Steiss angesehen wurde; thatsächlich war es die vordere Brustpartie. Anstatt des erwarteten Steisses brachten jetzt die kräftigen Wehen ein grosses Packet kindlicher Dünndarmschlingen zum Vorschein. Sofort vermutete man eine grössere Nabel- oder Bauchhernie, die vielleicht bei der übrigens auch von 4 Hebammenschülerinnen vorgenommenen Untersuchung geplatzt sein konnte. Die oben erwähnte Blutung wies gleichfalls darauf hin.

Der grosse, weiche, im Muttermund gefühlte und für die tief sitzende Placenta gehaltene Teil war also die bis dahin scheinbar noch unverletzte Hernie.

Nach und nach erschienen noch Dickdarm mit Coecum und Processus vermiformis, Milz und Magen. Die Därme zeigten anfangs noch deutliche Peristaltik, welche jedoch bald nachlies; ebenso verschwanden die Herztöne. Bei der weiteren Untersuchung gelangte man zu der nach rechts geschlossenen Schulter und daneben zu einem scharfen Knochenrand, welcher sich als ein Defekt in der vorderen Brustwand herausstellte.

Der Steiss lag links, Kopf rechts oben, Bauch vorne; demnach handelte es sich um eine II. Querlage, 2. Unterart.

Das Tiefstehen des Steisses war vielleicht schon eine beginnende Selbstwendung. Da nun der Muttermund inzwischen vollständig geworden war, so machte man die Wendung auf den rechten Fuss, welche allerdings durch die krampfhaften Kontraktionen des Uterus sehr erschwert wurde. An die Wendung schloss sich die Extraktion an.

Das Kind, ein frühgebornes Mädchen, war sehr mager und vor kurzer Zeit abgestorben. Die vordere Thoraxwand zeigte einen etwa thalergrossen Knochendefekt mit scharfen Rändern; das Brustbein fehlte ganz, ebenso das Zwerchfell. Der Sack der geplatzten Thoraxhernie war aussen mit Amnion überzogen; im übrigen bestand er aus Serosa, welche am Rande

allmählich in die äussere Haut überging. Der untere Teil des Sackes war fest mit der Nabelschnur verwachsen. Die rechte Hand zeigte die oben erwähnte Tatzenform, der rechte Daumen war abgeschnürt, hing nur noch an einem dünnen Hautfaden und ging daher bei der Wendung verloren, der linke Fuss zeigte Klumpfussform. Ausserdem bestand noch Atresia ani.

Die sehr kurze Nabelschnur trug eine bis zum Hernien-sack verlaufende Schultze'sche Falte.

Die Placenta war ausgezeichnet durch ein eigenartiges, körniges Gefühl. Das Fruchtwasser war überaus reichlich und wegen der Atresia ani naturgemäss frei von Mekonium.

Sichere Zeichen von Lues waren bei Mutter und Kind nicht vorhanden.

Ähnliche Fälle werden von Thorner im „Archiv für Anatomie und Physiologie, Jahrgang 1869" beschrieben.

Ahlfeld beobachtete eine Zwillingsfrucht, in dessen weitem, zur Placenta führendem Amnionsacke Därme, Leber u. s. w. gelegen waren. Auch in einem Falle, den Pies mitteilt (Neue Zeitschr. f. Geburtsk. Bd. XV, S. 283), lag der offene Bauch vor, und war der Sack, der die Eingeweide enthielt, mit der Placenta verwachsen; die Nabelschnur war sehr kurz.

Klein, welcher in Meckel's Archiv Bd. III, S. 291 einen Fall bekannt macht, hebt hervor, dass Kinder, welchen ein Teil des Beckens, der unteren Extremitäten und der Bauch-bedeckungen fehlt, meist nicht mit dem Kopfe sich zur Geburt darbieten, sondern mit den hervorragenden Gedärmen, und er führt dazu einen von Fried und einen von Herhold beschriebenen Fall an.

Hohl bestätigt im allgemeinen diese Angaben, fand aber auch einige fehlerhafte Lagen verzeichnet.

Weitere Fälle von Bauch- und Brustspalte neben Verkrümmungen der Wirbelsäule sind beschrieben von Brechet, Jörg, Montault, Saxtorph, Wahlbaum u. a.

Auch Spina bifida kommt zusammen mit Bauchspalte vor, wie z. B. in den 3 von Saxtorph, El. v. Siebold und Stafford mitgeteilten Fällen.

Die Ermittelungen der Spaltungen, besonders der vorderen Fläche, ist während der Geburt nicht immer leicht. Die Fälle von Fried, Herhold und Klein geben Belege dazu, indem nämlich die Exploratoren in Verlegenheit kamen.

Hohl musste bei einer Geburt, wo die vergrösserte Leber mit einem Teil der Därme nur vom Bauchfell überdeckt war, wegen Vorliegens dieser Partie die Wandung machen, und er gesteht offen, dass es einer wiederholten Untersuchung bedurfte, ehe es ihm gelang, das eigentliche Übel und mit ihm die Lage des Kindes zu erkennen.

XIII. Situs transversus des Herzens und der Gefässe: 1mal.

(1885. J. Nr. 93). M. E. aus M., 24 J., II. para.

Kreissende besass ein allgemein verengtes Becken.

Bei Mangel an Fruchtwasser erfolgte die Geburt einer zusammengedrückten Frucht in I. Beckenendlage. Seit Wochen war ein andauerndes fötales Sausen gehört, welches auch p. p. noch einige Zeit nachzuweisen war.

Das Kind wurde geboren mit Situs transversus des Herzens und der Gefässe, mit einer eingedrückten Nase, einer ebensolchen linken Thoraxhälfte und mit hochgradigen Klumpfüssen. Da dasselbe mangelhaft entwickelt war, so ging der Scheintod bald in wirklichen Tod über.

XIV. Nabelschnurbruch: 1mal.

(1885. J. Nr. 264). E. K. aus G., 17 J., I. para.

I. Schädellage. Bei vollständig eröffnetem Muttermunde wurde die Blase künstlich gesprengt. Nachdem nun noch wegen Enge des Scheideneingangs ein $1\frac{1}{2}$ cm langer Querschnitt gemacht war, erfolgte die Geburt spontan.

Das Kind hatte einen kleinen Nabelschnurbruch.

Die Nabelschnur inserierte in einem ca. 2—3 cm langen Kegel.

An den Eihäuten fand sich ein Defekt im Chorion.

Fruchtwasser: Beim Blasensprung ging wenig ab, bei Geburt des Kindes ca. 500 g blutig gefärbtes.

XV. Strictura duodeni: 1mal.

(1885. J. Nr. 179). R. W. aus B., 21 J., I. para.

Normale Geburt in II. Schädellage. Das Kind, ein frühgeborenes Mädchen, nahm fast gar keine Nahrung zu sich und entleerte kein Mekonium. Es erfolgte der Tod am 4. Tage.

Die Sektion ergab eine Striktur des Duodenums.

Eihäute und Fruchtwasser waren normal.

XVI. Hypospadie: 3mal.

Fall I (1886. J. Nr. 210). J. H. aus S., 32 J., II. para.

Normale Geburt in II. Schädellage. Das Kind zeigte eine beginnende Hypospadie, d. h. das Praeputium hatte nach unten einen keilförmigen Ausschnitt und war in seinem unteren Teile dick gewulstet.

Fruchtwasser: mittlere Menge.

Fall II (1888. J. Nr. 240). B. N. aus O., 35 J., I. para, Stupida.

Kind lag in II. Schädellage. 2 Stunden nach Eröffnung des Muttermundes wurde der Geburtsstuhl ohne Erfolg angewandt. Da nun die Austreibung bei schlechter Anwendung der Bauchpresse zu lange dauerte, so wurde der Kopf mit dem Ritgen'schen Handgriff entwickelt und darauf das Kind, welches einen geringen Grad von Hypospadie zeigte, extrahiert.

Fruchtwasser: mässig viel.

Fall III (1890. J. Nr. 45). C. W. aus W., 25 J., II. para.

I. Schädellage. Bei Seitenlagerung der Kreissenden erfolgte spontan die Geburt eines frühreifen Kindes mit einem geringen Defekt des Praeputiums an der unteren Partie.

Placenta, Eihäute und Fruchtwasser zeigten nichts Abnormes.

XVII. Polydactylie.

(1896. J. Nr. 92). M. M. aus J., 21 J., I. para.

Normale Geburt in I. Schädellage. Wegen Enge der äusseren Genitalien der Frau musste eine seitliche Incision gemacht werden. Vorher war bereits ein tiefer Riss der hinte-

ren Scheidenschleimhaut und eine geringe Blutung vor dem Kopfe her erfolgt.

Fruchtwasser: nicht auffallend reichlich.

Das sonst normal gebaute Kind zeigte an beiden Händen einen gestielten 6. Finger.

Andere Fälle von Polydactylie befinden sich unter III und XV.

XVIII. Verkrüppelung der unteren Extremitäten und der rechten Hand: 1mal.

(1892. J. Nr. 177). E. L. aus N.-M., 21 J., I. para.

Geburt eines scheintoten Kindes in II. Schädellage.

Dasselbe reagierte auf Kitzeln in der Nase mittelst der Feder; auch die Extremitäten waren nicht schlaff. Der Puls erreichte jedoch erst nach 12 Minuten die Zahl 48. Wiederholter Wechsel zwischen Bad und Frottieren brachte die Atmung nur schlecht in Gang; doch gelang es schliesslich, das Kind wieder zu beleben. Es bestand bei ihm eine starke Verkrüppelung beider unterer Extremitäten und der rechten Hand. In der Gegend des Kreuzbeins befanden sich Reste einer Spina fissa.

Die Placenta zeigte nichts Abnormes. Es bestand hingegen eine enorm reichliche Gefässentwicklung in der Decidua, und zwar waren sehr viele von diesen Gefässen korkzieherartig gewunden. Ausserdem war sehr reichliches Fruchtwasser vorhanden.

XIX. Pes varus: 1mal.

(1892. J. Nr. 84). A. S. aus D., 20 J., II. para.

Geburt eines lebenden, reifen Knaben in I. Schädellage mit linksseitigem Pes varus.

Im Wochenbett zeigten sich einige Temperatursteigerungen, wahrscheinlich herrührend von einem tiefen, bis in das linke Scheidengewölbe reichenden Cervixriss.

Placenta, Eihäute und Fruchtwasser boten nichts Anormales.

Eine Statistik über Pes varus giebt uns Tamplin aus dem Royal Hospital (v. J. 1861).

XX. Hühnerauge: 1mal.

(1885. J. Nr. 184). K. D. aus F., 18 J., I. para.

Im Verlaufe der Schwangerschaft hatte die Frau wiederholt mehrmals täglich etwa jede Stunde einige Minuten lang ein eigentümliches Klopfen im Leibe bemerkt.

Das Kind befand sich in I. Schädellage.

Nach einer langen, meist kräftigen Wehenthätigkeit wurde schliesslich die Blase künstlich gesprengt. 3 Minuten p.p. erfolgte ein reichlicher Blutabgang. Das Reiben des kleinen, meist harten Uterus half nur für kurze Zeit; es wurde daher die Placenta exprimiert.

Die Blutung war wahrscheinlich erfolgt durch einen tiefen Einriss in den Cervicalkanal.

Bei dem Kinde befand sich an der kleinen Zehe des rechten Fusses eine deutliche Schwielenbildung (Hühnerauge); ferner waren noch mehrere Druckmarken an den Füssen vorhanden, welche nur auf einen Druck seitens des Uterus zu beziehen sein konnten.

Fruchtwasser: normale Menge.

XXI. Mikromelia chondromalacica (sog. foetale Rhachitis): 1mal.

(1893. J. Nr. 25). E. L. aus O., 17 J., I. para.

Bei der ersten Untersuchung der Kreissenden (Mm. 5Markstück gross) liess sich nicht entscheiden, was der vorliegende Teil sei. Die äussere Untersuchung ergab den Schädel unten. Erst als der Muttermund vollständig geworden, konnte man sich orientieren: Hinterhaupt, auffallend klein, stand links, die grosse, in diesem Falle sehr weite Fontanelle tief rechts vorne.

Das Kind wurde geboren in IV. Schädellage.

Der Rumpf leistete seiner Ausdehnung halber einen Widerstand und konnte nur mit Mühe extrahiert werden, wobei die ödematöse Haut des Halses einriss. Ein gleicher Riss enstand in der linken Schenkelbeuge beim Tragen des Kindes in das Bad. Das ganze Kind war stark ödematös, seine Beine und Arme sehr kurz; ferner waren die Gelenkknorpel verdickt und die Knochen stark gekrümmt.

Hände und Füsse trugen je 6 Finger resp. Zehen; letztere waren durch eine sog. Schwimmhaut mit einander verwachsen und sehr verkümmert.

Die frühreife Frucht mit sog. Mikromelia chondromalacica wurde tief scheintot geboren und lebte nur wenige Minuten.

Die Placenta enthielt einen leichten Fibrinring; Eihäute und Fruchtwasser waren normal.

Dieser Fall, welcher von Marchand genau untersucht wurde, ist beschrieben in Ziegler, Beiträge u. s. w., Bd. 5.

Was die Übertragbarkeit der Missbildung betrifft, so sah Carus von einer äusserst kleinen, durch Rhachitis zurückgebliebenen Person ein rhachitisches Kind geboren werden.

Die Litteratur ist enthalten in Kaufmann, Untersuchungen über die sog. foetale Rhachitis (Chondrodystrophia foetalis). Berlin 1892.

XXII. Hydramnion mit Missbildung: 2mal.

Fall I (1888. J. Nr. 128). S. K. aus M., 44 J., V. para.

Hydramnion. Geburt eines Kindes in II. Schädellage. Dasselbe zeigte keine Spuren von Herzthätigkeit, keine Reflexe und starb daher bald nach der Geburt. Es bestanden bei ihm Missbildungen an den Extremitäten und den Geschlechtsteilen.

Fall II (1892 J. Nr. 210). K. G. aus S., 23 J., I. para.

Die Untersuchung der Kreissenden vor ihrer Niederkunft ergab Hydramnion und Fieber. Das reife Kind, in I. Schädellage krank geboren, starb nach 13 Stunden. Es bestanden bei ihm allgemeine Stauungserscheinungen, wie Ergüsse in die Pleura, das Pericard, Hirn, Scrotum u. s. w.

Die Mutter bekam nach der Geburt hohes Fieber mit Schüttelfrost, am 3. Tage des Wochenbettes Herpes labialis.

Andere zusammen mit Missbildung in der Anstalt vorgekommene Fälle von Hydramnion finden sich unter Hemicephalie, Hasenscharte u. s. w.

Von den Müttern war die eine I. para, die andere V. para. Nach Kaltenbach ist jedoch bei Mehrgebärenden Hydramnion häufiger, wie bei Erstgebärenden.

Zum Schlusse erlaube ich mir, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geh. Rat Ahlfeld für die gütige Überlassung des Stoffes und die freundlichst gewährte Unterstützung bei Bearbeitung desselben meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Benutzte Litteratur.

Ahlfeld, Die Missbildungen des Menschen.

— — Lehrbuch der Geburtshülfe. 1894.

— — Eine neue typische Form durch amniotische Fäden hervorgebrachter Verbildung.

Hohl, Lehrbuch der Geburtshülfe.

— — Die Geburten missgestalteter, kranker und toter Kinder. Halle 1850.

Kaltenbach, Lehrbuch der Geburtshülfe. 1893.

Lange, Lehrbuch der Geburtshülfe. 1868.

Spiegelberg-Wiener, Lehrbuch der Geburtshülfe. 1891.

F. Winckel, Lehrbuch der Geburtshülfe. 1889.

Zweifel, Lehrbuch der Geburtshülfe. 1887.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, Heinrich Dietrich Vittinghoff, evang. Confession, am 1. Juni 1869 in Weddinghofen (Rbz. Arnsberg) als Sohn des Gutsbesitzers Wilhelm Vittinghoff (gest. 1872) und seiner Ehefrau Wilhelmine, geb. Heckenwerth. Ich besuchte die Gymnasien zu Gütersloh und zu Marburg, wo ich Ostern 1891 das Zeugnis der Reife erhielt. Darauf widmete ich mich in Marburg dem Studium der Medicin und bestand daselbst am 10. März 1893 die ärztliche Vorprüfung, am 4. Mai 1896 die medicinische Staatsprüfung und am 15. Mai 1896 das Examen rigorosum. Nach einer ca. 10wöchentlichen ärztlichen Vertretung meines Bruders bin ich nunmehr als prakt. Arzt in Wolfhagen (Rbz. Cassel) thätig.

Meine akademischen Lehrer in Marburg waren die Herren:

Ahlfeld, Axenfeld, A. Barth, v. Büngner, C. Fraenkel, Gasser, Goebel, Greeff †, v. Heusinger, Kohl, Külz †, Küster, Lahs, Mannkopff, Marchand, Melde, H. Meyer, Fr. Müller, Plate, Sandmeyer, E. Schmidt, v. Sobieranski, Strahl, Tuczek, Uhthoff, Zincke, Zumstein.

Allen diesen meinen verehrten Lehrern sage ich an dieser Stelle meinen aufrichtigen Dank.